

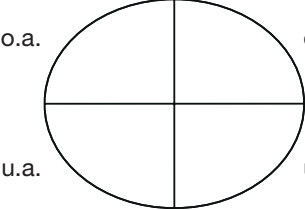
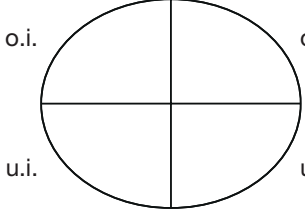
AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			
<input type="radio"/> stationär <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein PRIVATPATIENT Adresse (bei Privatpatienten)						

An das
**Institut für Allgemeine Pathologie und
 Pathologische Anatomie
 der Technischen Universität München
 Trogerstraße 18, 81675 München
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Wilko Weichert**
 Telefon: (089) 4140-4161, Telefax: (089) 4140-4865
<https://web.med.tum.de/path/startseite>
Tel. Befundabfrage: (089) 4140-4176
Montag – Freitag: 9:00 – 16:00 Uhr

Eingegangen am:

E.-Nr.:

Antrag auf pathohistologische Befundung und Begutachtung – Mamma

Einsender Klinik: Abt./Station:	Biobank MRI/TUM Uhrzeit Gefäßligatur _____ Uhrzeit Resektion _____ <input type="radio"/> KEIN Patienteneinverständnis
(Stempel)	
Untersuchungsmaterial: <input type="radio"/> Schnellschnitt <input type="radio"/> Operationspräparat <input type="radio"/> Probeexcision <input type="radio"/> Nadelbiopsie <input type="radio"/> Curettement <input type="radio"/> _____	
Angaben zum übersandten Gewebe (Organ bzw. Ort der Entnahme, Art der Operation, anamnestische Daten, usw.):	
re 	Mamma 
<input type="radio"/> Clipmarkierung <input type="radio"/> Infektiöses Material: _____ <input type="radio"/> Zustand nach neoadjuvanter Therapie (Bestrahlung: Chemotherapie; Radiotherapie;...): _____	
Fragestellung:	
Zyto- oder histologischer Vorbefund (wann?, wo?, E.-Nr.):	
Datum:	Name des zuständigen Arztes/Tel.:

Bitte die fett eingerahmten Felder vollständig ausfüllen (leserliche Durchschriften)!

Bearbeitung

Arzt-Kürzel:

MTA-Kürzel:



Akkreditiert durch die
 Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkkS) nach DIN EN ISO/IEC
 17020 : 2012
 D-IS-14063-01-00